FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

192

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean EON

De la Faculté de Médecine de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ARTHROPATHIES SYPHILITIQUES

AU COURS DE LA

PÉRIODE TERTIAIRE ET DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Président : M. JEANSELME, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

9 ET 10, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1920

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER — ASSESSEUR M. POUCHET

PROFESSEURS MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Pactériologie	BESANCON
Carasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Bathologie et Thérapeutique générales	N.
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	A. ROBIN
Clinique d'Oto-rhino laryngologie	SEBILEAU.

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	JEANNIN	LOEPER	ROUVIÈRE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ
CAMUS	LABBE (Henri)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LANGLOIS	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LECENE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LEMIERRE	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LENORMANT	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEQUEUX	RIBIERRE	
GUENIOT	LEREBOULLET	RICHAUD	
GUILLAIN	LERI	ROUSSY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Père et a ma Mère

A la Mémoire de mon Frère tombé au Champ d'Honneur

A ma Sœur

A ma Grand-Mère

A Tous mes Parents
et a la Mémoire de Ceux qui ne sont plus

A mes Maitres de l'École de Médecine de Nantes

A mes Amis

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANSELME

INTRODUCTION

Malgré l'opinion des classiques, on est souvent frappé des difficultés de diagnostic que soulèvent maintes fois certaines artropathies. Notamment, le diagnostic différentiel de la syphilis et de la tuberculose articulaire, est bien souvent une question délicate, demandant un examen approfondi. Il suffit d'ailleurs, pour s'en convaincre, de lire les observations publiées dans les différentes sociétés de dermatologie.

Il a plus. Comme le disent Nicolas et Favre, les lésions syphilitiques et tuberculeuses ont une identité microscopique (nodules de Friedlander, follicules de Koïter avec leurs diverses parties constituantes : cellules géantes, cellules épithélioïdes) qui a pour conséquence une identité quelquefois absolue dans l'aspect macroscopique.

Par ailleurs, nous savons combien à l'heure actuelle, la syphilis a pris une place prépondérante dans la pathologie. Aussi pouvons-nous affirmer, que c'est une cause à laquelle il faut toujours penser, un diagnostic

qu'il convient toujours de discuter, si l'on veut faire thérapeutique utile.

Ce sont ces erreurs de diagnostic, que nous avons l'intention de mettre en vue, en nous basant sur l'observation, de façon à rechercher aussi nettement que possible, les indices qui nous permettront de les prévenir.

Mais l'étude générale des arthropathies syphilitiques, dépasserait les limites de ce travail. Aussi éliminerons-nous les arthralgies et le pseudo-rhumastisme de la syphilis acquise, et les hydarthroses de la syphilis secondaire, pour ne considérer que les arthropathies de la période tertiaire et de la syphilis héréditaire.

Cette réunion des manifestations articulaires de la syphilis tertiaire et de la syphilis héréditaire, peut étonner à première vue. Cependant, cliniquement, la destruction est impossible à faire. Aussi avons-nous cru devoir les réunir.

ÉTIOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'époque d'apparition des arthropathies syphilitiques est très variable. Dans la syphilis acquise à la la période tertiaire, elle oscille entre la 3e et la 30e année. C'est dire qu'aucune loi ne permet de prévoir le début de cette manifestation pathologique.

Il en est de même dans la syphilis héréditaire. Alors que certains cas ont été décelés dès les premiers jours de la vie, il en est d'autres qui ne se sont manifestés que vers la vingtième année.

Au point de vue fréquence, on ne doit point trop se fier aux statistiques, car beaucoup de cas semblent devoir passer inaperçus. Néanmoins, la fréquence des atteintes articulaires est incontestablement beaucoup plus grande dans la syphilis héréditaire que dans la syphilis acquise.

Les localisations de prédilection sont les mêmes dans les deux cas. C'est l'articulation du genou qu'il convient de citer en premier lieu.

Après elle viennent le coude, l'épaule ou le poignet.

Au point de vue lésions anatomiques, il convient de

distinguer l'hydarthrose simple, et une forme gommeuse.

La forme d'hydarthrose simple, bien connue au poini de vue clinique, est absolument ignorée au point de vue anatomique, toute lésion osseuse étant impossible à déceler.

Il en va tout autrement des formes gommeuses. La lésion élémentaire est un processus gommeux; mais il convient de distinguer les cas où on se trouve en présence d'une gomme circonscrite, et ceux qui révèlent une infiltration gommeuse diffuse.

Tantôt cette infiltration gommeuse a un point de départ osseux : c'est le cas le plus fréquent. Tantôt au contraire, on se trouve en présence d'un point de départ synovial ou péri-synovial.

Quand le point de départ est osseux, il se forme une nécrose centrale et de l'hyperostose périphérique. Nous sommes donc en présence d'une déformation osseuse avec formation d'os nouveau. L'inflammation pouvant se propager, les cartilages diarthrodiaux pourront s'ulcérer, et l'article sera envahi.

Si l'inflammation a un point de départ synovial, nous aurons une infiltration des tissus et une hydarthrose consécutive.

Mais à côté de ces formes typiques, bien caractérisées anatomiquement, existent des formes atypiques dues à la présence simultanée de lésions osseuses et de lésions synoviales, dues à l'ouverture des gommes au dehors ou à la persistance de la suppuration grâce, à la présence de séquestres.

Nous basant donc sur les lésions anatomiques, nous distinguerons dans notre étude clinique des arthropathies syphilitiques de la période tertiaire et de la syphilis héréditaire : 1° une forme d'hydarthrose simple ; 2° une forme gommeuse où nous décrirons : *a*) des lésions typiques ; *b*) des lésions atypiques.

ETUDE CLINIQUE

1° Hydarthrose simple.

Sous ce titre, nous ne comprenons que les cas où l'hydarthrose existe seule, sans la présence de phénomènes anormaux du côté du squelette.

Nous éliminons donc les cas où l'hydarthrose n'est qu'une conséquence des lésions osseuses.

C'est une forme d'exception. Comme nous l'avons déjà dit, son unité anatomique n'existe pas. Le seul fait positif et précis que nous connaissions, c'est que l'examen radiographique montre un squelette qui semble normal.

Clutton qui a bien étudié cette forme, et l'a décrite pour la première fois, donne les caractères distinctifs suivants : bilatéralité ; indolence et insidiosité ; absence de lésions osseuses ; chronicité.

Parmi tous ces signes, un seul peut paraître contestable. C'est l'absence de douleur. En parcourant en effet les différentes observations publiées à ce sujet, on ne trouve pas l'indolence nettement établie.

A ces signes il convient d'ajouter deux signes signalés par Fouquet, en 1913 : la lymphocytose du liquide articulaire, et la positivité de la réaction de Wassermann faite sur ce liquide.

Le Docteur Cantonnet a signalé récemment la fréquence de l'hydarthrose simple chez les hérédo-syphilitiques atteints de kératite interstitielle ; ce nouveau symptôme mérite de prendre place à côté des trois autres symptômes de la triade d'Hutchinson, transformant ainsi cette dernière en tétrade.

2° Artropathies gommeuses.

a) Formes typiques.

α) *Lésion osseuse initiale.* — Le début là aussi est insidieux et indolore ; puis, à une période plus avancée, la douleur s'installe, surtout nocturne et en tout cas nullement accrue par les mouvements.

A l'inspection, l'articulation apparaît augmentée, mais les attitudes vicieuses sont rares.

A la palpation, on sent une surface dure, arrondie. Les extrémités osseuses sont augmentées de volume ; elles sont déformées et sont parfois le siège d'exostoses. Cette palpation est douloureuse.

Enfin on ne sent pas d'adénopathies.

L'étude des mouvement ne révèle pas des limitation très marquée ; cependant, la déformation osseuse poussée jusqu'à un certain point, pourra entraver certains mouvements.

Mais à côté de ces formes osseuses pures, il nous faut citer dès maintenant les formes osseuses qui s'accompagnent d'un certain degré d'hydarthrose.

Dans ces cas, la douleur est plus forte, les attitudes vicieuses sont plus prononcées, enfin la palpation pourra révéler la présence de noyaux cartonneux, qui donneront une sensation rénitente contrastant nettement avec la sensation de dureté de l'os hypertrophié.

β) *Lésion synoviale initiale.* — Cette forme est essentiellement caractérisée par l'absence à peu près absolue de signes fonctionnels : pas de limitation des mouvements, pas d'attitudes vicieuses, pas de douleurs.

L'inspection révèle une articulation très globuleuse, avec une circulation complémentaire très développée.

Enfin et surtout la palpation ne permet pas de déceler la sensation d'hypertrophie osseuse.

b) Formes atypiques.

Ces cas sont caractérisés comme nous l'avons vu par une certaine complexité anatomique. Il n'est donc pas douteux qu'ils donneront lieu également à un tableau clinique très complexe.

C'est ici que l'inspection montre une articulation très volumineuse; c'est dans ces cas également que la circulation complémentaire est particulièrement développée.

A la palpation, on a une sensation d'infiltration, d'empâtement diffus. On ne trouve donc plus ni l'augmentation de volume de l'épiphyse, ni les noyaux cartonneux de la synoviale, qui étaient relativement typiques.

Enfin, à une période plus avancée, l'inspection montrera une surface cutanée rouge, violacée par endroits; enfin des ulcérations et des fistules consécutives, par où s'échappe un liquide sirupeux, nettement gommeux, quelquefois purulent.

Au point de vue signes fonctionnels, c'est là qu'il convient surtout de signaler l'indolence. Quant à la douleur à la pression, tantôt elle existe, tantôt elle est complètement absente. On constate en outre des attitudes vicieuses, s'accompagnant d'une limitation très marquée des mouvements.

Tandis que dans les formes que nous avons signalées plus haut, les symptômes généraux sont en général peu marqués, dans ces formes atypiques, l'amaigrissement est progressif, la pâleur s'accentue, l'affaiblissement est profond, la fièvre est de règle.

DIAGNOSTIC.

1° *Diagnostic entre les différentes formes d'arthropathies typiques au cours de la période tertiaire ou de la syphilis héréditaire.*

L'étude clinique des différentes formes typiques, que nous avons traitée dans le chapitre précédent, va nous fournir les éléments de ce premier diagnostic.

L'absence de douleur est signalée dans la plupart des cas; cependant, il convient de remarquer que l'indolence absolue est surtout marquée dans les formes à début synovial.

Mais c'est surtout la palpation qui donnera le symptôme capital; en effet, tandis qu'en présence d'une hydarthrose, on aura l'impression d'un genou gros, plein de liquide, une forme gommeuse à début osseux présentera l'hypertrophie épiphysaire caractéristique. Bien, au contraire, dans une forme synoviale, la main qui palpe, a l'impression qu'elle se porte sur des plaques de blindages, sans sensation de fongosités et sans lésions osseuses.

Mais ces cas typiques sont relativement rares, et le

diagnostic le plus intéressant à discuter est celui qui permet de distinguer une lésion d'origine syphilitique d'une autre lésion, en particulier d'origine tuberculeuse. C'est ce dernier que nous allons maintenant étudier :

2° *Diagnostic entre les arthropathies syphilitiques et les arthropathies tuberculeuses.*

Trois procédés sont à notre disposition pour établir ce diagnostic : L'examen clinique, les recherches de laboratoire, le traitement d'épreuve.

a) *Examen clinique.* — Lorsqu'on envisage surtout les formes atypiques, c'est-à-dire celles pour lesquelles le diagnostic est le plus intéressant, mais aussi le plus difficile à discuter, on emporte nettement l'impression qu'une articulation syphilitique, ressemble d'une façon frappante à une articulation tuberculeuse.

Ce rapprochement peut plus particulièrement s'établir, lorsque nous nous trouvons en présence de lésions fistulisées. Ajoutons enfin que l'état général peut s'aggraver, et de ce fait, accentuer la confusion. L'indolence, et la bilatéralité peuvent quelquefois permettre d'établir le diagnostic. Mais ces deux signes, quoiqu'on en dise, peuvent parfaitement manquer.

Par contre, si une fois engagé dans notre erreur nous condamnons notre malade au repos, nous nous apercevons que les lésions ne font aucun progrès. Notre esprit mis en éveil, nous pourrons approfondir notre examen clinique, et dès lors, rechercher les autres signes de la syphilis. C'est d'abord les antécédents héréditaires. Les parents pressés de questions pourront

avouer une syphilis qu'une fausse pudeur leur avait fait cacher à un premier interrogatoire. Nous rechercherons les avortements, les difficultés de la grossesse, etc. Puis examinant plus attentivement notre malade, nous chercherons à déceler les déformations osseuses, la perforation du voile du palais, la kératite interstitielle.

Mais quelquefois, si minutieuses que soient ces recherches, elles resteront stériles. Nous devrons donc nous adresser au laboratoire qui nous donnera quelquefois la clef du mystère.

b) *Recherches de laboratoire.* — Nous avons d'abord à envisager la réaction de Wassermann. Nous croyons, que ce serait absolument sortir du cadre fatalement restreint de cette étude, que de nous lancer dans la discussion de la valeur ou de la relativité de la réaction de Wassermann.

Disons simplement : que la réaction de Wassermann négative ne permet pas à elle seule d'écarter définitivement la syphilis.

Que, par contre, une réaction de Wassermann positive permet presque d'affirmer en toute sécurité la réalité de l'affection; tout au moins dans les conditions ordinaires de la pratique courante. Certaines affections, autres que la syphilis, telles que le pian, les trypanosomiases, la lèpre présentent en effet une réaction positive.

Ajoutons que la réaction de Wassermann peut être faite avec le liquide articulaire. Les mêmes restrictions s'imposent en ce qui concerne ce procédé.

Enfin et surtout, la réaction de Wassermann ne vaut que par la signature de celui qui l'a faite.

A côté de ce procédé journellement employé, il en est d'autres qu'il convient d'énumérer.

C'est tout d'abord l'intradermo-réaction et la cutiréaction à la tuberculine. Nicolas, Favre et Marlet qui ont étudié ces réactions ont conclu que ce procédé était incapable d'aider au diagnostic entre syphilis et tuberculose.

Passons rapidement pour les éliminer sur l'ophtalmoréaction à la tuberculine, et sur l'emploi des sérodiagnostics tuberculeux. Ces méthodes n'ont pas paru donner de résultats appréciables.

Et nous en arrivons alors à la recherche directe dans le liquide articulaire. Nous savons combien de bacille de Koch est rarement décelé dans les articulations tuberculeuses; il en est de même du tréponème.

Disons cependant que Bertarelli, Levaditi et Pasani ont trouvé le spirochète dans les tissus et dans les exsudats d'ostéo-chondrites spécifiques.

Il nous reste enfin un dernier procédé, le seul qui puisse être décisif : c'est l'inoculation au cobaye; l'inolation négative peut éliminer presque à coup sûr la tuberculose, et par suite faire soupçonner la syphilis.

c) *Le traitement d'épreuve.* — C'est lui qui signe en général le diagnostic. On ne saurait trop insister sur ce fait. Mais chaque jour on est conduit à se convaincre que c'est encore au traitement d'épreuve qu'il convient de se fier pour établir fermement le diagnostic.

Mais encore faut-il que ce traitement soit bien appliqué. Encore faut-il y apporter une certaine patience et une parfaite régularité. Certains sels sont insuffi-

sants. C'est le bi-iodure qui paraît le plus indiqué. Le traitement ioduré doit être concomitant. Enfin et surtout le Néosalvarsan peut donner des renseignements précis et rapides.

Sans doute, dans certaines formes très anciennes, où la déformation osseuse a pu atteindre un degré assez important, convient-il de ne point espérer une guérison parfaite. Mais une amélioration très sensible et rapide peut toujours être espérée. Enfin il faut également indiquer que les fistules osseuses dues à la présence d'un séquestre, ne seront pas influencées par le traitement spécifique. C'est l'ablation chirurgicale du séquestre qui devra être pratiquée.

En somme donc, dès que nous abandonnons le terrain des formes typiques, nous voyons que l'examen clinique peut présenter de sérieuses difficultés et que rien dans cet examen ne permet d'affirmer le diagnostic. Les recherches de laboratoires sont infidèles. Seule, l'inoculation au cobaye permet d'écarter la tuberculose. Le traitement d'épreuve en dehors des formes très anciennes signera le diagnostic.

3° Diagnostic avec d'autres affections.

Il convient d'éliminer les ostéosarcomes qui, au début, respectent l'articulation, et s'accompagnent d'hyperthermie locale; les hygromas, les bursites qui laissent les mouvements articulaires entièrement libres; le rhumatisme articulaire aigu qui s'accompagne de phénomènes généraux et qui est jugé par le salicylate de soude; le

rhumatisme gonococcique dont l'étiologie est très spéciale; les arthropathies des hémophiles qui présentent des genoux considérables sous l'influence d'un traumatisme insignifiant; les arthropathies des fièvres infectieuses dont l'étiologie fixera le diagnostic; enfin les arthropathies du tabès que nous ne citons que pour mémoire, car elles ont une allure clinique tout à fait spéciale.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Ici encore nous avons plusieurs cas à envisager suivant la forme anatomique de la lésion.

Si nous sommes en présence d'une forme osseuse pure, nous pouvons espérer que la lésion n'évoluera pas; mais si les douleurs diminuent, l'hypertrophie osseuse persiste.

Le plus souvent d'ailleurs, un processus gommeux succède à cette néoformation osseuse; dans ces cas-là, la cavité articulaire est envahie et nous nous trouvons en présence d'une véritable hydarthrose.

Ces épanchements articulaires ont pour caractéristique de disparaître et de réapparaître rapidement; quelquefois ils évoluent vers la guérison spontanée; le plus souvent, l'affection s'aggrave et nous sommes alors amenés aux formes atypiques.

C'est dès lors la période fistuleuse. Si un séquestre osseux entretient la suppuration, l'affection n'a aucune tendance à guérir. Il faudra intervenir pour enlever chirurgicalement ce séquestre; ces fistules peuvent livrer passage à des germes virulents qui viendront infecter

la cavité articulaire et produiront des infections secondaires. Nous sommes dès lors en présence d'une arthrite purulente dont les conséquences peuvent être fâcheuses.

Mais à côté de ces cas peu favorables, il faut bien savoir que les gommes syphilitiques, une fois leur contenu écoulé, peuvent guérir spontanément. Il se forme alors un processus de sclérose entraînant la guérison de l'arthropathie, avec déformations osseuses et attitudes vicieuses.

Enfin, en dehors des cas, où la présence d'un séquestre entretient la suppuration, le traitement spécifique bien conduit peut parfaitement guérir ces arthropathies avec une rapidité parfois étonnante.

OBSERVATIONS

Observation I (Inédite).

G... J..., 7 ans. Entré le 25 Octobre 1915.

Se plaint de gonflement douloureux des genoux. A eu, il y a 3 mois, du gonflement du genou droit. Ce gonflement est apparu brusquement en 15 jours. L'enfant ne pouvait allonger complètement les jambes sans souffrir. Un mois après, ce gonflement disparaît, mais le genou gauche est pris à son tour.

A l'heure actuelle, les deux genoux sont tuméfiés; la palpation permet de reconnaître une fluctuation manifeste. La palpation n'est pas très douloureuse.

En présence de ces symptômes, on pense à une arthropathie syphilitique et on fait venir les parents auxquels on arrache les renseignements suivants :

Le père a eu la syphilis. La mère a eu 3 enfants mort-nés à 8 mois. Celui qu'on nous présente n'est venu à terme que grâce à des piqûres de mercure. La mère a été traitée dans le service de syphiligraphie en 1910, pour plaques muqueuses à la vulve, céphalée, douleurs dans les membres inférieurs.

L'enfant a eu du pemphigus aux pieds et aux mains. Il présente deux énormes incisives; ses canines sont inexistantes, ses autres dents sont cariées.

On institue un traitement hydrargiro-ioduré, et en 3 semaines, le gonflement a entièrement disparu.

Observation II (Inédite).

L... A..., entrée le 25 Octobre 1918, 5 ans.

L'enfant qui a une bonne santé habituelle, ne présente rien de particulier, ni dans ses antécédents personnels, ni dans ses antécédents héréditaires.

Depuis 3 mois, l'enfant a commencé à boiter, les parents rapportent le début, à un traumatisme. Depuis 1 mois, l'enfant ne peut plus marcher. Les membres sont tous les deux en flexion, abduction et légère rotation externe. La palpation des points douloureux au niveau des articulations coxo-fémorale est positive. Les mouvements sont tous impossibles. L'enfant ne présente pas d'ensellure lombaire.

On pense à une coxalgie bilatérale, et on immobilise la petite malade dans un appareil plâtré.

Le 15 Octobre 1919, l'enfant est revue : elle a eu successivement 4 appareils plâtrés. Non seulement, l'état ne s'est pas amélioré, mais l'articulation coxo-fémorale gauche présente un gros degré d'empâtement. En présence de ces symptômes, et de cette absence absolue d'amélioration, on pense à la syphilis. On fait un Wassermann qui est positif.

On fait alors venir les parents et on obtient du père l'aveu d'une syphilis contractée il y a 10 ans et mal soignée.

Traitement hydrargyro-ioduré. Amélioration très rapide. Le 15 Novembre, l'enfant marche ; elle a une légère claudication, due à une hypertrophie de la tête du fémur.

Observation III (Aimes. *Progrès Médical*, Mars 1914).

Le jeune L..., âgé de 6 ans, entre pour la première fois dans le service de chirurgie infantile, le 9 Juillet 1911, pour douleur du genou gauche avec impotence fonctionnelle.

Le début de l'affection remonte au début de Juin. Ce

debut s'est fait de façon insidieuse par des douleurs peu vives, mais plus marquées à la marche, et de la boiterie.

Peu après, l'enfant a refusé de marcher et lorsque les parents nous l'ont amené, nous avons constaté :

1° Que le genou gauche était légèrement globuleux ;

2° Que la jambe était en flexion assez marquée sur la cuisse ;

3° Que la région articulaire était le siège d'un empâtement assez net.

La palpation révèle l'existence de points douloureux au niveau de la tubérosité interne du tibia ; le choc rotulien est net ; les mouvements sont limités et assez douloureux. La cuisse est atrophiée, micropolyadénopathie, etc.

Le malade ne présente aucune autre manifestation pathologique. Son état général est peu brillant. L'interrogatoire des parents est absolument négatif quant à la possibilité d'une syphilis.

On porte le diagnostic de tumeur blanche du genou gauche, et, le 10 Juillet 1911, le membre malade est immobilisé dans un plâtre.

L'enfant revient le 20 Septembre 1911 : l'état local s'est amélioré, les lésions paraissent en voie de régression, ce qui semble confirmer le diagnostic. On applique un deuxième plâtre le jour même.

Lorsque l'enfant revient une 3e fois, le tableau clinique a complètement changé. Le genou gauche est encore globuleux, mais ce qui nous frappe, c'est la facilité avec laquelle sont exécutés les mouvements ; malgré les lésions non encore éteintes, la flexion complète est possible et se fait sans douleur, la palpation de l'articulation est indolore. D'autre part, deux autres articulations, le coude et le poignet droits, sont depuis quelques jours le siège d'un gonflement diffus avec conservation des mouvements. Enfin, il y a un mois, est survenue une perforation de la voûte palatine.

Cet ensemble clinique est trop net pour nous faire

hésiter. Le père, pressé de questions, finit par avouer la syphilis.

Nous devons ajouter, fait qui avait contribué à faire poser un diagnostic erroné, que la mère avait eu trois grossesses, toutes trois menées à bonne fin.

La réaction de Wassermann fut nettement positive et l'enfant, fut traité par des injections de 606. Les résultats furent excellents : régression rapide des lésions articulaires, relèvement de l'état général, changement à vue d'œil de la perforation palatine.

L'enfant a été revu 3 mois plus tard ; il ne lui reste plus qu'un léger degré de genu valgum.

Observation IV. (*Inédite*).

G. N... Vu le 18 juillet 1919.

C'est un garçon de 28 ans, qui a contracté la syphilis en 1913. Le traitement a été pendant la guerre fort négligé. Depuis 1 an, le coude droit a grossi considérablement, et les mouvements sont impossibles. Depuis deux mois, il y a de la fistulisation. Le malade souffre.

On constate que le coude est très volumineux, que seuls quelques mouvements de pronation et de supination sont possibles. La fistule suppure considérablement.

La radiographie montre que les épiphyses de l'humérus et du radius sont presque entièrement détruites. Il doit y avoir de véritables cavernes gommeuses.

On fait une injection intraveineuse de 40 centigrammes d'arsénobenzol, suivi de piqûres de biiodure et du traitement ioduré.

En 2 mois, la fistule s'est complètement tarie, et les mouvements de flexion et d'extension deviennent possibles.

CONCLUSIONS

Les arthropathies d'origine syphilitique sont plus nombreuses que ne le disent les statistiques.

Il existe des formes typiques, bien caractérisées au double point de vue anatomo-clinique et dont le diagnostic est facile.

Mais à côté de ces formes, il existe des formes atypiques, et qui peuvent donner lieu à de grandes confusions, notamment avec les lésions tuberculeuses.

Dans ces cas là, le diagnostic clinique est difficile, souvent impossible. Parmi les recherches de laboratoire, une seule a une valeur absolue : c'est l'inoculation au cobaye dont l'insuccès permet d'écarter la tuberculose. La radiographie ne donne souvent rien. Enfin le traitement d'épreuve bien dirigé signe le diagnostic.

Vu : le Président,
JEANSELME

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Alamartine. — *Revue de Chirurgie*, 1907.

Arning. — *Ann. f. dermat.*, Novembre 1908, p. 232.

Auclert. — *Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques*. Thèse de Paris, 1908.

Barbier. — *Journal de Médecine de Paris*, 1907.

Barker. — Congrès de Londres. Août 1913.

Baudelot. — *Ostéo-arthropathie avec contracture dans la syphilis héréditaire tardive*. Th. de Paris, 1900.

Barrett. — *British Journal of Children's Diseases*, 1909.

Bergath. — *Arch. f. dermat. und syphil.*, 1910.

Berlin. — *Société centrale de Médecine du Nord*, 1905.

— *Presse Médicale*. Mai 1905.

Bonnet. — Société des sciences médicales de Lyon. 15 Novembre 1911.

Bonnet et Goyet. — *Lyon Médical*, 1910, p. 746.

Bouilly. — Thèse d'agrégation, 1878.

Braquehaye. — *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1898.

Broca. — *Tribune médicale*, 1904.

— *Concours Médical*, 25 Juillet 1905.

Burgi. — Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie. Rome, 1912.

Chrétien. — *Revue de Médecine*, 1893.

Cantonnet. — *Paris Médical*. 6 Septembre 1919.

Clutton. — *The Lancet*, 27 Février 1886, p. 391.
Cotten. — *France Médicale*, Juillet 1879.
Courmont P. — *Lyon Médical*, 1913.
Danjou. — Thèse de Paris, 1887.
Daulois. — *Annales de dermatologie el de syphiligraphie*, 1896.
Dauzat. — Thèse de Paris, 1875.
Debonnesset. — Thèse de Paris, 1906.
Defontaine. — Thèse de Paris, 1882.
Dunlop. — *British Medical Journal*, 1904.
Duplay. — *Bulletin Médical*, 1893.
Dubreuil. — Thèse de Paris, 1880.
Fouquet. — Société de dermatologie et de syphiligraphie, 1913.
Fournier. — *La syphilis héréditaire*, 1886.
— . *Gazette des hôpitaux*, 1887.
— *La syphilis*, Novembre 1903, p. 321.
Gaillard. — Société Médicale des hôpitaux, 19 Janvier 1906.
Gangolphe. — *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1885.
Gaucher. — Société clinique de Paris. 1879.
— *Annales des maladies vénériennes*, 1906.
Gaucher et Abrami. — *Bulletin de la Société Française de dermatologie*, 1908.
Gaucher, Gaston et Babonneix. — *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1903.
Gaucher et Fournier. — Société de dermatologie, 1901.
Gaucher, Fouquet et Grèhaut. — Société française de dermatologie et de syphiligraphie, 6 Juin 1907.
Gaucher et Louste. — Soc. Fr. de dermat. et syphi., 1908.
Gaucher et Levy Bing. — Congrès international de dermatologie, New York, 1907.
Gologanoff. — Thèse de Montpellier, 1907-1908.
Gouget. — *Annales de dermat. et de syphiligraphie*, 1889.
Grandmaison. — *Archives générales de Médecine*, 1902.

Griffon et Abrami. — *Tribune Médicale*, 1906.
Griffon et Deherain. — *Bulletin de la Société Médicale des hôpitaux de Paris*, 19 Janvier 1906.
Haslund. — Soc. Danoise de dermatologie, 1904.
Haushalter. — *Revue Médicale de l'Est*, 1906.
Imbert. — *Gazette des hôpitaux*, 1899.
Kirmisson et Jacobson. — *Revue d'orthopédie*, 1897.
Lancereaux. — *Mém. de la Soc. de Chir.* Septembre 1863.
— *Gazette des hôpitaux*, 1863.
— *Traité de la syphilis*, 1866.
— *Union médicale*, 1873.
Lannelongue. — *Bulletin Médical*, 1887.
Levin. — *Archives générales de Médecine*, Janvier 1909.
Marfan. — Société de Pédiatrie, 1906.
Métayer. — Thèse de Paris, 1903-1904.
Mery et Guilleminot. — Soc. méd. des hôpitaux, 1903.
Méry et Terrien. — Soc. méd. des hôpitaux, 1904.
Morestin. — *Archives générales de Médecine*, 1901.
Nicolas et Favre. — Soc. Méd. des hôpitaux de Lyon, 1905.
— *Annales des maladies vénériennes*, Juin 1907.
— *Province Médicale*, 1908.
Pascalidès. — Thèse de Paris, 1905.
Pillou. — Thèse de Lyon, 1914.
Rebeyrolle. — Thèse de Paris, 1901.
Richet. — *Mémoires de l'Académie de Médecine*, TXVII p. 249. 1853.
Rocher et Sausset. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1904.
Saint-Pierre. — Thèse de Lyon, 1900.
Sancet. — Thèse de Bordeaux, 1904.
Sergent. — *Bulletin de la Société Médicale des hôpitaux*, 1905.
Tournier. — *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1889.
Variot. — *Journal de médecine int. de Paris*, 1905.

Vinay. — *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1879.
Voisin. — Thèse de Paris, 1875.
Vivier. — *Annales des maladies vénériennes*, 1907.
Walther. — Société de Chirurgie, 15 Mai 1902.
Weil. — *Annales des maladies vénériennes*, 1908.

Coulommiers. — Imp. DESSAINT et Cie, 41, rue de Melun.